

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

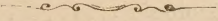
N° 32



DE LA

COLIQUE HÉPATIQUE

(COMPLICATIONS PULMONAIRES)



THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 1^{er} MAI 1891

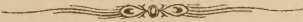
PAR

Jules MAS

Né à Prades (Pyrénées-Orientales)

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



MONTPELLIER

IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI

(Hamelin Frères)

—
1891

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN (*)..... DOYEN
BERTIN-SANS ASSESSEUR

PROFESSEURS

Médecine légale et toxicologie.....	MM. JAUMES.
Clinique chirurgicale.....	DUBRUEIL (*).
Chimie médicale et pharmacie.....	ENGEL.
Id.VILLE (Ch. de c.)	
Hygiène.....	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.....	CASTAN (*).
Clinique médicale.....	GRASSET.
Physiologie.....	LANNEGRACE.
Id.HÉDON (Ch. de c.)	
Clinique chirurgicale.....	TÉDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie.....	GRYNFELTT.
Opérations et appareils (Ch. de cours).....	FORGUE.
Anatomie pathologique et histologie.....	KIENER (*).
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (*).
Anatomie.....	PAULET (O. * * *).
Pathologie interne.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET.
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale.....	GRANEL.
Pathologie externe (Ch. de cours).....	ESTOR.

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. * * *).
Profess. honor. : M. DUPRÉ (O. * C. *).

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique annexe des maladies des vieillards.	MM. N..., agrégé.
Histologie.....	BLAISE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des enfants.	BAUMEL, agrégé.
Clinique annexe ophthalmologique.....	TRUC, agrégé.
Accouchements.....	GERBAUD, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	BROUSSE, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. DE GIRARD	MM. FORGUE	MM. SARDA
REGIMBEAU	TRUC	ESTOR
BLAISE	GERBAUD	HEDON
BAUMEL	GILIS	LECERCLE
VILLE	BROUSSE	

MM. H. GOT, *secrétaire*.
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. CASTAN, <i>président</i> (*).	MM. BAUMEL, agrégé.
HAMELIN, professeur (*).	REGIMBEAU, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON GRAND-PÈRE JOSEPH MAS

DOCTEUR EN MÉDECINE

J. MAS.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE AUGUSTE MAS

PROFESSEUR, AGRÉGÉ DES LETTRES
OFFICIER D'ACADÉMIE

ET A SA FAMILLE

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

J. MAS.

A MES AMIS ET CAMARADES

DE LA MARINE

J. MAS.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MOSSÉ

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR BÉRENGER-FÉRAUD

DIRECTEUR DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

J. MAS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CASTAN

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Chevalier de la Légion d'honneur

J. MAS.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555606_0045

INTRODUCTION

Appelé par notre carrière de médecin de la marine à nous trouver souvent en lutte avec les maladies de l'organe hépatique, nous avons toujours considéré les affections du foie, comme un des chapitres les plus intéressants de la pathologie interne. Aussi, surpris de la quantité relativement grande des affections de cet organe qui s'offraient à notre observation, nous suivîmes assez régulièrement à l'Hôpital Général, pendant les quelques mois que nous avons passés auprès de cette École pour terminer nos études, le service des vieillards.

Aidé des conseils du savant chef de ce service, M. le professeur Mossé, notre attention fut attirée par tous les malades qui présentaient quelques symptômes paraissant se rattacher à cet organe, dont nous n'avions jusqu'à cette époque étudié la pathologie que sur des jeunes gens. C'est alors que notre Maître M. le professeur Mossé nous arrêta sur un cas très intéressant de congestion pulmonaire consécutive à un accès de colique hépatique et nous conseilla, nous basant sur cette observation, d'étudier la colique hépatique chez les vieillards dans ses complications pulmonaires et de prendre pour sujet de thèse inaugurale ce point de l'histoire des concrétions biliaires.

La tâche nous paraissait difficile; mais, encouragé par notre

Maitre, nous n'hésitâmes pas à prendre pour sujet de thèse inaugurale ce point encore peu étudié de la pathologie de la colique hépathique.

Certes ! nous n'avons pas la prétention de faire une étude complète de ce point difficile de la pathologie ; cette étude exigerait un temps trop considérable et une trop grande expérience ; mais du moins nous avons fait de notre mieux : si nos efforts ne sont pas couronnés de succès, si nous avons entrepris une tâche au-dessus de nos forces, nous demandons à nos Juges toute leur indulgence.

La récente nomination de notre Maitre M. le professeur Mossé à la chaire de clinique médicale de la Faculté de médecine de Toulouse nous a privé de sa grande autorité et de ses précieux conseils ; mais qu'il nous soit permis avant d'aller plus loin de remercier notre Maitre pour les renseignements qu'il nous avait déjà donnés et qui nous ont permis de mener à bonne fin ce modeste travail.

Nous remercions aussi M. le professeur agrégé Gilis, qui a suivi avec tant d'intérêt le cours de nos études, et qui n'a jamais cessé de nous encourager par ses excellents conseils.

Enfin, nous ne saurions oublier ni nos Maîtres de la marine, ni nos Maîtres de cette École, qui de près ou de loin nous ont toujours donné et leurs conseils et leurs encouragements.

Que M. le professeur Castan, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de ce modeste travail, reçoive ici l'expression de notre plus profonde gratitude.

DIVISION DU SUJET

Notre travail se divisera en trois parties :

Tout d'abord, nous ferons l'étude de la colique hépatique en général et de ses principales modifications chez les vieillards.

Cette étude nous amènera à la congestion pleuro-pulmonaire consécutive à la colique hépatique, à notre observation, dont nous discuterons le diagnostic dans le deuxième chapitre.

L'étude de la pathogénie fera l'objet du troisième.

Dans la deuxième partie, nous traiterons de la toux hépatique.

Nous ferons le traitement de ces complications pulmonaires dans la troisième partie, et enfin nous conclurons.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
COLIQUE HÉPATIQUE
(*Complications pulmonaires*)

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

**Étude de la colique hépatique. — Ses modifications
chez les vieillards.**

« La production des calculs biliaires, dit Cruveilhier, est une des lésions les plus communes de l'espèce humaine. » Le domaine pathologique de cette lésion est des plus étendus et des plus variés, puisque, selon le professeur Charcot, elle engendre une « Iliade de maux. » La colique hépatique en est l'accident vulgaire, on pourrait presque dire l'accident normal. C'est elle, en effet, qui traduit l'effort de l'organisme

pour expulser ces corps étrangers, ces calculs, à travers les voies naturelles.

C'est par la description des accidents auxquels donne lieu leur présence que nous allons commencer cette étude des coliques hépatiques, c'est-à-dire de *ces douleurs variables en intensité, quelquefois atroces, qui ont pour siège la région de l'hypochondre droit, revenant par accès à des intervalles variables, s'accompagnant ou non d'ictère, et qui sont rapportées par la plupart des auteurs à la présence de calculs dans les voies biliaires.*

Ces calculs biliaires, appelés *cholélithes*, peuvent se former partout où la bile séjourne dans les vaisseaux biliaires intra ou extra-hépatiques, mais la vésicule en est le siège le plus habituel. Leurs dimensions varient à l'infini, depuis le sable et la gravelle jusqu'aux calculs plus volumineux qu'une noix et qu'un œuf. Ils sont solitaires, multiples, ou en nombre indéfini.

C'est ordinairement deux ou trois heures après le repas que l'accès de colique hépatique se déclare. Les aliments sont alors descendus de l'estomac dans l'intestin, et la vésicule chargée de concrétions venant à se contracter efficacement sur elles les pousse dans le conduit cystique, et tend à les faire marcher vers le tube intestinal. Le chemin est long et étroit, et ce travail ne peut se faire qu'avec du temps et beaucoup de souffrances. Ajoutons à cela toutes les excitations du tube digestif : repas copieux, indigestions, les traumatismes du foie, toutes les manifestations de la vie sexuelle de la femme, et enfin les émotions morales vives, et nous aurons passé en revue les principales causes occasionnelles pouvant déterminer une crise.

Le début en est ordinairement brusque et la douleur apparaît subitement. Pourtant quelquefois la crise s'annonce quelques heures ou quelques jours avant par des malaises et des dou-

leurs, par de la constipation; par des urines jaunâtres ou rouge foncé, contenant parfois un sédiment noirâtre et comme huileux. La conjonctive et la face prennent une teinte jaunâtre, la sensibilité est ou n'est pas modifiée, enfin la vésicule distendue par la bile peut former une tumeur appréciable à l'extérieur; ce sont là ce qu'on appelle les *prodromes éloignés*.

Mais que la crise soit précédée de prodromes ou qu'elle fasse explosion d'emblée, la douleur en est le phénomène prédominant, capital, autour duquel évolue toute la scène pathologique. Vive et intense, cette douleur siège soit au *point épigastrique*, soit au *point cystique*, s'irradiant au *point dorsal* et au *point scapulaire* correspondant. A cette douleur s'ajoutent les frissons et l'angoisse, et son exacerbation ne tarde pas à provoquer les nausées et les vomissements.

La face du malheureux calculeux est pâle, tirée, les traits souvent décomposés, et les extrémités froides. La sueur couvre son front, et des frissonnements nerveux, des secousses musculaires d'origine réflexe parcourent et agitent son corps, enfin les douleurs intolérables qu'il ressent, auprès desquelles les douleurs de l'enfantement *ne sont rien*, font prendre au malheureux les positions les plus diverses.

La durée de la crise n'a pas de limite : sa marche est quelquefois régulière : la douleur débute progressivement, acquiert son summum d'intensité, reste à son apogée un temps variable, puis diminue, et enfin, après une exacerbation qui serait produite par le passage d'un calcul dans le détroit de l'ampoule de Water, cesse comme par enchantement, quand le cholélithe est chassé dans le duodénum.

Tel est, en quelques lignes, l'accès ordinaire, l'accès franc, de la colique hépatique; mais, chez les vieillards, il est loin de se présenter avec tout cet appareil de symptômes qu'on rencontre chez les adultes. Aussi, frappés de cette différence, les médecins qui avaient observé dans le service des vieillards,

avaient-ils pu dire avec Cruveilhier que, s'il est rare qu'un calcul urinaire ne se révèle pas pendant la vie par quelques accidents plus ou moins graves, « dans l'immense majorité des cas les calculs biliaires ne sont reconnus qu'à l'ouverture des cadavres. »

Les concrétions biliaires, en effet, peuvent s'arrêter des années entières dans divers points des voies biliaires, sans donner lieu à un symptôme capable de trahir leur présence. « Calculus ex se ipso, dum quiescit, nihil mali facit, nisi ponderis sensum », avait déjà dit Boerhaave. Depuis, Rostan, Beau et tous les médecins qui sont restés quelque temps attachés à un hôpital des vieillards, ont été frappés de la fréquence des calculs biliaires qu'on trouve dans la vésicule de gens qui pendant leur vie, n'auraient eu aucun trouble ni aucune douleur du côté de la glande hépatique et des conduits biliaires.

Et ces savants observateurs partant de ce fait exact, d'après eux, qu'il est extrêmement rare d'observer l'expulsion des concrétions après la cessation de douleurs, en étaient arrivés à ne plus admettre que les concrétions biliaires fussent la cause des coliques hépatiques. La description de la colique était compromise. Pour Beau, la migration d'un calcul n'était plus autre chose qu'une espèce de névralgie qu'il appelle *hépatalgie* et qui se produirait indépendamment de la lithiase biliaire.

Mais bientôt, après une observation plus attentive des faits le professeur Charcot rendit à la lithiase biliaire son véritable rôle. Ce savant professeur vint prouver qu'il fallait rapporter à la présence des calculs dans les voies biliaires une foule d'états pathologiques qui avaient échappé à l'observation de ces médecins.

Nous avons pu constater nous-même, en consultant les cahiers de nécropsies du service des vieillards à l'Hôpital Général, combien étaient nombreux les calculs que l'on rencon-

trait après la mort. Ainsi, à l'autopsie d'une femme n'ayant jamais eu d'accès vraiment caractéristique de colique hépatique, nous avons compté 293 petits calculs polyédriques, contenus dans la vésicule. Nous avons enfin vu, dans le laboratoire de la même clinique, des calculs de dimensions variant de la grosseur d'une noisette à celle d'un œuf, et provenant d'autopsies. La présence de ces calculs n'avait été que soupçonnée pendant le vivant.

Mais il ne faut pas oublier que nous observions dans un hôpital de vieillards; chez eux, en effet, on rencontre une forme de colique hépatique qu'on pourrait appeler fruste à cause de son développement incomplet, qui s'éloigne beaucoup de la démonstration classique dont elle ne reproduit que très imparfaitement quelque traits principaux; enfin chez eux, plus souvent que chez l'adulte, se présentent ces formes larvées, qui donnent simplement naissance à des phénomènes nerveux dont l'interprétation peut rester obscure jusqu'à l'expulsion du premier cholélithe. Et ces formes frustes ou larvées de la colique hépatique sont très fréquentes, puisque, d'après Sénac, elles s'observent dans la proportion de 80 pour 100.

Chez les vieillards, il ne faut pas donc s'attendre à trouver cet appareil de symptômes parfois terribles qu'on rencontre chez les jeunes gens et les adultes. Tandis que chez ceux-ci les maladies aiguës se révèlent par des symptômes bien tranchés, et donnent lieu à des manifestations fébriles qui apparaissent dès le début et qui se maintiennent pendant tout le cours de la maladie, chez les vieillards au contraire la marche des phénomènes morbides est le plus souvent silencieuse, et exige de la part du médecin beaucoup d'attention et de sagacité.

Cette différence dans la symptomatologie, suivant qu'on la considère chez les jeunes gens ou chez les vieillards, est des plus sensibles quand il s'agit de l'affection calculeuse du foie.

Chez quelques vieillards, en effet, l'attaque de colique hépatique se traduit par un simple frisson, sans même qu'il y ait coïncidence de douleur: c'est de la fièvre hépatalgique, que l'on peut prendre pour un accès de fièvre intermittente; c'est de la congestion pulmonaire, avec râles fins et frottements pleuraux, qui peuvent faire porter le diagnostic de pneumonie ou de pleurésie; c'est de l'ischémie pulmonaire, de la dyspnée, de l'oppression, de la toux hépatique, que le médecin ne doit pas hésiter à mettre sur le compte de la lithiase biliaire. Ce sont là des troubles pulmonaires d'autant moins bruyants, qu'ils frappent moins l'attention au moment de l'attaque, et dont un diagnostic bien posé rend moins terrible le pronostic, toujours si grave surtout chez le vieillard, quand il s'agit de troubles pulmonaires.

CHAPITRE II

Observation personnelle

Complétée à l'aide de renseignements donnés par M. le professeur Mossé
et de notes de M. Cadilhac, interne du service des vieillards.

Louise Ric..., âgée de cinquante-neuf ans, service des vieillards, salle Sainte-Marie, lit n° 16.

Antécédents de la malade. — A l'âge de cinq ans, cette malade a eu la variole, et, à la suite de cette maladie, a été atteinte d'hémi-athétose, ce qui explique la présence de cette femme à l'hôpital dès l'âge de trente-deux ans.

Ric .. est habituellement au dortoir ; malgré des troubles digestifs fréquents, elle ne descend à l'infirmerie ou ne consulte le médecin qu'exceptionnellement. Au mois de septembre 1888, elle fut prise assez brusquement d'un point douloureux dans le côté droit, avec vomissements bilieux et alimentaires ; il n'y a pas eu d'ictère ; pas de température élevée ; l'examen physique de la poitrine fit reconnaître qu'il existait à la base du poumon droit en arrière les signes physiques d'une congestion pleuro-pulmonaire. L'observation de la malade ne pas fut recueillie à ce moment avec détails ; mais, d'après les renseignements fournis par M. le professeur Mossé, les signes stéthoscopiques indiquèrent assez rapidement la diminution de la congestion pulmonaire, tandis qu'il persista, pendant une pé-

riode assez longue, du frottement à la base en arrière et sur les parties latérales vers la région des culs-de-sac pleuro-diaphragmatiques.

L'allure de cette congestion pleuro-pulmonaire, l'état du foie, les antécédents de la malade, les troubles digestifs qui avaient accompagné ce *point de côté droit*, enfin la nature même de la douleur éprouvée par la malade, éveillèrent l'attention de M. le professeur Mossé, et lui firent se demander s'il n'avait pas eu affaire dans ce cas à une congestion pleuro-pulmonaire, coïncidant avec un certain degré de congestion hépatique liée à une hépatalgie calculeuse; en un mot, s'il n'y avait pas eu chez cette malade une colique hépatique fruste ou larvée, à laquelle se rattachait, d'une façon pathogénique directe, la congestion pleuro-pulmonaire qui avait presque exclusivement fixé l'attention, ou qui du moins avait paru d'abord constituer presque toute la maladie.

C'est l'explication qui lui parut devoir être adoptée, et il se proposa de vérifier ce point, si des accidents de même nature venaient à se montrer. L'attente ne fut pas longue.

Au mois de janvier 1891, Louise Ric... eut de nouveau, pendant quelques jours, des vomissements avec sentiment de malaise et douleur dans le côté droit; mais elle ne jugea pas utile d'avertir le médecin. En même temps, il existait une petite toux sèche sans expectoration.

Le 26 janvier, une nouvelle crise assez forte éclate; la malade est très fatiguée. La douleur du côté se montre de nouveau très pénible, accompagnée de toux et de vomissements. La fatigue générale est très marquée; on fait appeler M. le professeur Mossé, qui constate des signes de congestion pulmonaire, une augmentation de la matité hépatique et des frottements pleuraux. On fait descendre la malade à l'infirmérie.

Le 26, il n'y a pas de fièvre, mais la douleur dans le flanc

droit persiste, ainsi que les phénomènes physiques de congestion pulmonaire. Celle-ci ne tarde pas à diminuer et à disparaître. La peau avait pris après le début des accidents une légère teinte ictérique.

Le diagnostic de congestion pulmonaire dépendant de la lithiase biliaire est alors posé, et M. le professeur Mossé fait constater aux élèves du service les signes sur lesquels il s'appuie pour établir ce diagnostic de colique hépatique fruste.

Il prescrit :

Iodure de sodium	1 gramme
Julep diacodé	150 —

et un badigeonnage de teinture d'iode sur la région hépatique.

La malade, à peine remise de cette congestion pleuropulmonaire liée à une crise fruste de lithiase biliaire, nous avons pu assister à une autre crise due à la même cause, comme nous le fit remarquer M. le professeur Mossé, mais offrant un aspect clinique absolument différent des deux accidents que nous venons de relater.

Le 6 février, dans l'après-midi, Ric. . . ressent une douleur dans le côté droit et vomit quelques aliments.

Le 7 au matin, au moment de la visite, la malade est en proie à un violent accès de fièvre, qui a commencé peu d'instant auparavant, sans douleur de côté ni frisson.

La malade se trouve en proie à un malaise général et ne sait pas avoir un accès. Le thermomètre placé dans l'aisselle indique 40°1 ; le pouls est à 136. La respiration varie de 45 à 48. Il n'y a pas de douleur de côté analogue à celle que la malade a éprouvée dans les autres accès ; il existe cependant

dans la région hépatique une sensation d'une zone indurée de la dimension d'une pièce de 5 francs.

La langue est bonne, pas de phénomènes de congestion pulmonaire.

On prescrit :

4 perles d'éther
et Sulfate de quinine 1 gramme en 4 cachets

L'accès de fièvre hépatalgique constitue actuellement la principale et presque la seule manifestation clinique de la lithiase biliaire. La température tombe brusquement, comme l'indique le tracé ci-joint.

Il était intéressant de voir comment se comporterait l'excrétion urinaire après cette crise, et de surveiller l'apparition de l'ictère sur la peau ou tout au moins le passage des pigments biliaires dans l'urine.

Il fut donc recommandé de recueillir isolément l'urine des diverses mictions après l'accès, et on remarqua la diminution de la quantité de l'urine, sa couleur brun-rougeâtre, jaune-orangé, et l'abaissement de l'urée. Enfin, les quatre échantillons recueillis le 8 ont présenté la réaction verte très nette avec l'acide nitrique. L'urine de l'après-midi présentait des reflets verdâtres quand on l'agitait, et les diverses réactions de l'anneau brun vert étaient très marquées.

8. — Rien de spécial du côté des poumons. On constate à la base droite quelques frottements légers dont l'existence et la production, comme nous l'avons indiqué plus haut, remontent à une époque antérieure aux accidents actuels.

Selles très abondantes, jaunes, à la suite de

Sulfate de soude 45 grammes

La température est redescendue à 37°5.

9-13.— Rien de particulier: L'urée est toujours en moindre quantité.

Enfin, le 14, tout rentre dans l'ordre.

De notre observation nous pouvons conclure que Louise Ric... est atteinte de colique hépatique, et que chez elle les accès prennent le caractère des formes frustes.

La première atteinte avec vomissements bilieux et alimentaires, quoique sans ictère, la douleur du côté du foie, firent dès le début penser à la colique hépatique; mais l'accès se compliquant de congestion pleuro-pulmonaire, on attendit une nouvelle crise avant de porter le diagnostic de colique hépatique.

Les mêmes phénomènes se représentèrent bientôt: douleur dans la région du foie et complications pleuro-pulmonaires; les urines sont acides, d'un jaune orangé, rougeâtres, coïncidant avec la diminution de l'urée; elles donnent enfin avec l'acide nitrique la réaction verte du pigment biliaire.

Enfin un troisième accès se présente, mais le tableau n'est plus le même: pas de douleur du côté du foie, plus de congestion pulmonaire. C'est de la fièvre hépatalgique bien caractérisée. T.: 40°1 le 7; le lendemain, le thermomètre tombe à 37°4. On analyse l'urine: l'urée est diminuée, l'acide nitrique donne un précipité vert.

Le diagnostic de colique hépatique peut être porté maintenant sans crainte d'erreur, et la congestion pulmonaire, observée dans les deux premiers accès, comme seul symptôme, est, sans aucun doute, consécutive à cette colique hépatique.

La colique hépatique peut donc se révéler simplement par

des complications pleuro-pulmonaires. Mais quelle sera alors la forme de ces congestions pleuro-pulmonaires? Elle sera, comme l'accès qui les produit, à poussées successives et à répétition.

Le diagnostic de colique du foie dans ces accès frustes n'est pas toujours facile à poser.

Si à l'auscultation se révèlent des râles fins et des frottements pleuraux, si la percussion dénote de la matité dans la région hépatique, si au point de côté ordinaire il se joint de l'ictère, le médecin diagnostiquera vite la colique hépatique et la disparition de ces râles fins confirmera son diagnostic. Quant aux frottements pleuraux, comme nous l'avons vu dans notre observation, ils sont beaucoup plus lents à disparaître.

Mais la difficulté devient plus grande lorsque la congestion pleuro-pulmonaire existe seule sans ictère. Les antécédents du malade et les urines pourront seules éclairer le médecin. Si la densité plus faible et l'acidité des urines donnent déjà des indications, la diminution de l'urée et la présence des pigments biliaires ne peuvent laisser aucun doute. Enfin, sa brusque disparition dès le lendemain mettra vite sur la voie du diagnostic le médecin, dont l'attention sera tenue en éveil pour l'accès prochain.

Quant au pronostic, il perdra de sa gravité surtout chez les vieillards, quand il sera reconnu que cette congestion pleuro-pulmonaire est une dépendance de la colique du foie.

CHAPITRE III

Pathogénie

S'il on s'est occupé sérieusement et avec fruit des relations du cœur et du foie, si les recherches cliniques sur les accidents consécutifs aux troubles gastro-hépatiques ont été faites avec soin, il n'en est pas absolument de même des relations pathologiques du poumon et du foie.

Et pourtant les relations qui existent entre ces deux organes ne sont qu'un cas particulier de la loi générale d'après laquelle tous les organes sont solidaires les uns des autres.

Or, indépendamment de cette commune influence, la situation et la connexité anatomique de ces deux organes font qu'ils doivent être sous une dépendance immédiate l'un de l'autre.

Le foie se trouve, il est vrai, dans la cavité abdominale, tandis que le poumon est inclus dans le thorax. Mais quelle cloison les sépare ? Le diaphragme, barrière insuffisante pour empêcher les rapports d'une étroite contiguïté. Le foie se moule sur le diaphragme par toute sa surface convexe : le poumon, et la plèvre plus immédiatement, se moulent sur la cloison diaphragmatique par toute leur surface concave. Que le foie subisse un développement exagéré, le diaphragme

sera refoulé; et, de même que dans ce cas la pointe du cœur sera déviée en dehors vers la région axillaire, par suite du voisinage intime de la cavité péricardique et du centre aponévrotique du diaphragme, de même le poumon droit pourra, dans le cas présent, subir une compression assez forte pour se congestionner, et présenter des phénomènes inflammatoires de la base.

Nous ne nous occuperons pas ici des accidents dits *cardio-pulmonaires*, si bien étudiés cliniquement dans le travail de M. le docteur Barié (*Accidents cardio-pulmonaires*; *Revue de médecine*, 1883), et physiologiquement dans la thèse de Morel (Lyon, 1879); ce n'est, en un mot, ni l'histoire, ni la pathogénie des troubles pulmonaires consécutifs aux troubles cardiaques dans les maladies du foie, que nous voulons faire ici.

Portal, Potain, Tessier, Murchison, Straus et Mahot ont contribué largement à l'histoire des palpitations, des hypertrophies cardiaques indépendantes de toute lésion organique et des dilatations de la cavité droite du cœur, retentissant sur le poumon par les artères pulmonaires: « Palpitations cardiaques, gêne respiratoire variant depuis l'oppression la plus légère jusqu'à la dyspnée vraie, quelquefois même de l'orthopnée », dit Barie, « pouvant aller jusqu'à la suffocation, tels sont les accidents de ces formes cliniques cardio-pulmonaires. »

Si, frappé de ces phénomènes pulmonaires, on ausculte le malade, on constate alors que l'air pénètre facilement et remplit le thorax, ce qui prouve bien que l'air s'introduit dans le poumon, mais que le sang n'arrive plus au contact de cet air dans l'alvéole, pour assurer le mécanisme régulier de l'hématose. Ce n'est donc pas dans les voies respiratoires que réside l'obstacle, mais dans le système circulatoire intrapulmonaire.

Nous signalerons aussi en passant les souffles intra-cardiaques, d'origine mitrale pour les uns, et d'origine tricuspiddienne pour la plupart des autres, l'insuffisance se produisant par suite de l'élévation de la tension de l'artère pulmonaire consécutive à l'irritation des voies biliaires, et, par suite, amenant à la longue la dilatation de la cavité droite.

Ces considérations faites, nous arrivons à l'étude de la congestion pleuro-pulmonaire consécutive à la lithiase biliaire.

Et d'abord, cette congestion pleuro-pulmonaire est-elle aussi rare qu'on pourrait le croire? Nous ne le pensons pas. En effet, si nous avons remarqué, en consultant le registre des autopsies du service des vieillards, que la congestion pleuro-pulmonaire consécutive aux troubles hépatiques était peu fréquente, quoiqu'elle soit mentionnée quelquefois, nous avons cherché dans les divers ouvrages (thèses et publications que nous avons entre les mains) si on avait noté ces complications pulmonaires, et nous les avons trouvées en assez grand nombre. Mais il semble que très souvent ces complications ont été reléguées au second plan, et quelquefois même ignorées.

Nous citons ici le résumé de quelques-unes de ces observations, prises dans deux thèses, qui nous ont paru les plus probantes à l'appui de notre travail.

OBSERVATIONS RÉSUMÉES

OBSERVATION VIII

de la thèse du docteur J. Magnin

M^{me} P..., oblitération du canal cholédoque par deux calculs biliaires.

L'autopsie a révélé que les poumons sont très congestionnés et que la cavité pleurale renferme, à droite et à gauche, du liquide.

OBSERVATION X

de la même thèse

M^{me} R..., soixante-cinq ans. Lithiase biliaire.

Entrée à l'hôpital le 17 février. Vomissements. Ictère. Langue blanche. Pouls, 70.

18 février. — Rien du côté des poumons.

19. — Toux sèche. A l'auscultation, râles sibilants. Pouls, 90.

29. — Difficulté de la respiration et affaiblissement du murmure vésiculaire à droite seulement.

6 mars. — Pouls, 104. Faiblesse du murmure vésiculaire à droite.

Mort survenue le lendemain.

A l'autopsie, les poumons sont couverts de petites plaques confluentes, d'un centimètre de diamètre, au-dessous de la plèvre. Poumons gorgés de sang et de sérosité, surtout le *droit* à la base.

OBSERVATION XVI

de la même thèse

Malade âgé de trente-cinq ans. Rentré à l'hôpital le 28 janvier. Douleurs violentes de l'hypocondre droit. Teinte ictérique.

Jusqu'au 4 février, vomissements intermittents.

4 février. — Région du foie douloureuse. Pas de toux. Respiration un peu sifflante, avec râles crépitants fins aux *deux bases*.

7. — Pouls, 96. Matité de la moitié inférieure droite du poumon avec souffle bronchique et râles crépitants.

9. — Souffle bronchique persistant. Matité à la base du côté droit.

11. — Souffle tubaire dans les deux tiers supérieurs du poumon droit. Rien à gauche.

17-21. — Vomissements, prostration. Mêmes signes pulmonaires. Mort.

L'autopsie confirme l'état congestif du *poumon droit*.

OBSERVATION VI

de la thèse du docteur Pech

Femme de cinquante-neuf ans. Tumeur biliaire. Mort.

A l'autopsie : calcul énorme de la vésicule biliaire. Poumon sain en apparence, excepté le lobe inférieur du *poumon droit*, qui était congestionné.

HISTORIQUE

Un des premiers auteurs, le premier à notre connaissance, dit M. le professeur Mossé dans sa thèse d'agrégation, qui ait indiqué l'existence de la congestion pulmonaire dans la colique hépatique, est M. Noël Guéneau de Mussy :

« Avec la congestion hépatique », dit cet auteur, « qui accompagne très souvent les coliques, j'ai plusieurs fois observé »
» une complication qui mérite d'être signalée : c'est un état »
» congestif à la base du poumon droit, attesté par des râles »
» crépitants fins et nombreux, de la toux, de la fièvre, une »
» expectoration visqueuse. Cette congestion est restée limitée à la base du poumon, a disparu après deux ou trois jours »
» de durée, sous l'action de ventouses scarifiées et vésicatoires. Ce n'était pas évidemment une combinaison fortuite de »
» pneumonie et de colique hépatique, c'était une congestion »
» limitée, passagère, connexe à l'irritation et à la congestion »
» hépatique et disparaissant avec elles, exprimant dans un »
» ordre inverse cette solidarité entre le foie et le poumon, »
» dont témoigne l'extrême fréquence des congestions hépatiques dans les pneumonies. »

Fabre (de Marseille), en 1880, a signalé aussi les congestions pulmonaires.

Enfin Ord, au Congrès médical de Londres, en 1886, a attiré l'attention sur des faits du même genre.

MÉCANISMES DE LA PROPAGATION

Tout organe, dit Potain dans son travail des *Synergies morbides*, peut porter au dehors de lui l'influence de son état morbide selon trois modes principaux :

- 1° Par propagation $\left\{ \begin{array}{l} \text{continuité;} \\ \text{contiguïté;} \end{array} \right.$
- 2° Par transmission des produits pathologiques ;
- 3° Par participation intermédiaire du système nerveux.

Peut-il être question ici de *propagation par continuité* ? Évidemment non. Les capillaires bronchiques, en effet, ne faisant pas partie du même système anatomique et histologique, l'influence du foie ne peut être directe.

La veine-cave inférieure et le cœur droit étant l'intermédiaire des capillaires pulmonaires et du foie, la continuité immédiate ne peut être possible.

En est-il de même de la *propagation par contiguïté* ? C'est là, à notre avis, un des principaux modes de propagation directe de l'inflammation du foie à la plèvre et au poumon. La congestion pulmonaire, en effet, limitée à la base, reconnaît pour cause, dans quelques cas, le voisinage du foie hyperémié : de même des séreuses voisines se transmettent souvent leur inflammation, de même une pleurésie se complique de péricardite, ou une péritonite de pleurésie, etc.

Ainsi peuvent s'expliquer les adhérences que nous avons vues signaler dans des autopsies d'individus morts d'affections du foie, entre le diaphragme et cet organe d'une part, et d'autre part entre le diaphragme et la plèvre.

Les congestions pulmonaires, en effet, peuvent s'accompagner d'un certain degré de pleurésie, dit M. Mossé (Thèse d'agrégation), — ne l'avons-nous pas vu, d'ailleurs, dans notre observation ? — et il n'est pas rare de constater un peu de frottement à la base chez les malades atteints de colique hépatique.

Que dire de la seconde loi des synergies morbides, de la *transmission des produits pathologiques* ? Certes ! nous ne voulons pas parler ici du produit pathologique, le cholélithe,

qui, ou bien est évacué par les canaux cystique et cholédoque dans le duodénum et l'intestin, ou bien est arrêté dans sa marche, et donne alors lieu à de nouveaux accidents, tels que rupture des canaux, vertiges, convulsions, lipothymies et syncopes.

Le produit pathologique, qui ne peut être ici qu'un micro-organisme puisé dans les conduits biliaires, serait-il le même que celui qui produit l'endocardite infectieuse secondaire? Et ce même microorganisme pourrait-il être la cause de ces congestions ou pleurésies secondaires? Peut-être! Mais nous ne croyons pas que l'intensité des phénomènes pulmonaires consécutifs à la colique hépatique ait jamais pu faire penser à une pneumonie infectieuse secondaire.

Il serait plutôt logique à *priori* de chercher l'explication de cette loi par la transmission des produits pathologiques, dans les troubles de la composition du sang.

On pourrait assimiler ici la parésie des fibres musculaires de Reissessen à celle des muscles papillaires dans le bruit de souffle qu'accompagne l'ictère; cette parésie, d'où résulterait la congestion pulmonaire, serait consécutive probablement à la présence du pigment biliaire dans le sang.

Mais on sait que la théorie de Potain, appuyée sur la clinique et les expériences de Morel et Arloing, a réfuté cette manière de voir en ce qui concerne les troubles cardiaques de la colique hépatique. Ne vaudrait-il pas mieux admettre pour le poumon ce que Potain admet pour le cœur, c'est-à-dire l'exagération de tonicité vasculaire? Et nous arrivons ainsi à la troisième loi des synergies morbides, à la participation intermédiaire du système nerveux.

Si la congestion pulmonaire limitée à la base reconnaît pour cause, dans quelques cas, le voisinage du foie hyperémié, plus souvent peut-être, ajoute M. le professeur Mossé, elle est d'*origine réflexe*, par exemple quand elle s'étend à tout

le poumon droit. Il faut alors admettre, dans ces cas, que le réflexe douloureux qui détermine la congestion hépatique ne se limite pas exactement au foie, dit le même auteur, mais s'étend aux organes voisins, c'est-à-dire au diaphragme, au nerf phrénique et aux poumons.

De même, M. Peter est arrivé à admettre, dans cet ordre de faits, que les irradiations douloureuses de l'épaule et du bras droit reconnaissent souvent pour cause la congestion du névrilème du nerf phrénique. Cette hypothèse, en effet, pourrait se trouver vérifiée dans quelques cas, par suite des anastomoses et de la distribution anatomique de ce nerf.

Fabre (de Marseille), que nous avons cité plus haut, a signalé aussi, dans ses relations pathogéniques des centres nerveux, la congestion pulmonaire, et la considère également comme d'origine réflexe. Pour lui, ces congestions auraient quelquefois, mais non toujours, les allures et la marche rapide des congestions accidentelles : elles seraient à répétition.

Mais comment s'accomplit cet acte réflexe ? Le point de départ est évidemment dans les voies biliaires, par le fait d'un calcul engagé dans le canal cholédoque, dont il irrite incessamment la muqueuse. Cette excitation ne chemine pas, comme l'avait pensé d'abord M. Potain, à l'aller comme au retour, à travers le pneumogastrique, mais elle est conduite par les filets sympathiques jusqu'au bulbe et réfléchi de là vers les organes cardio-pulmonaires par la moelle et les filets sympathiques (Morel et Arloing).

Cependant faut-il refuser absolument au pneumogastrique une part quelconque dans le complexe pathologique, dit M. le docteur Barié dans son article des *Accidents cardio-pulmonaires* ? Non, car le nerf vague relie le cœur, le poumon, l'estomac, et même le foie, par des connexions si étroites qu'une irritation produite dans une des branches périphé-

ques peut engendrer des accidents consécutifs dans une ou plusieurs régions innervées par lui.

Il est permis de croire, au nom de la clinique, que le pneumogastrique n'est pas étranger aux transmissions isodiques des excitations des voies biliaires au centre réflexe. La clinique, en effet, est remplie d'exemples de synergies morbides du pneumogastrique :

« Faut-il rappeler ici les palpitations intenses du début de la tuberculose et les arythmies cardiaques des dyspeptiques, ainsi que les vomissements des tuberculeux en dehors de toute action mécanique, les accès de pseudo-gastralgie des cardiaques aortiques, la toux qui suit le repas chez les phthisiques, les crises d'*angor pectoris* dans le cours de la dyspepsie, etc., etc. ? »

Mais quelles sont les parties du nerf vague qui sont vasomotrices ? Ce sont les racines spinales du grand-sympathique qui se rendent au ganglion thoracique supérieur (Brown-Séquard et Vulpian). Les fibres nerveuses vaso-motrices sont, d'après ce dernier, probablement amenées à ces organes par les nombreux filets que le ganglion thoracique supérieur fournit au plexus pulmonaire.

En résumé, la voie centrifuge des excitations parties du sympathique hépatique est la moelle cervicale d'abord, puis les filets allant de la moelle aux ganglions thoraciques supérieurs, et de là au plexus pulmonaire.

Dans les formes cliniques simples, les accidents seraient donc des palpitations cardiaques sans dilatation, et le nerf vague agirait seul. Dans les formes complexes, au contraire, les cavités cardiaques étant dilatées et l'élévation de la tension sanguine dans la petite circulation étant manifeste, le sympathique serait la voie nerveuse prépondérante, sinon exclusive, de l'acte réflexe.

C'est à cette dernière forme clinique qu'il faut rattacher le

mécanisme des congestions pulmonaires. Par suite, en effet, de la contraction réflexe des capillaires de l'artère pulmonaire, l'ensemble de la petite circulation contient une quantité de sang moindre qu'à l'état physiologique, le système des vaisseaux bronchiques se trouve surchargé, et de cette stagnation peuvent résulter des *congestions intenses*, des ruptures vasculaires et des hémorrhagies bronchiques.

On peut donc expliquer de deux manières le mécanisme des complications pulmonaires consécutives à la colique hépatique :

1° *Par la contiguïté des organes ;*

2° *Par la voie réflexe.*

Il ne faut pas oublier, d'ailleurs, que le poumon, tout comme le cœur, constitue un appareil vivant et sentant, disposé de manière à réagir sous l'influence de toutes les circonstances extérieures et de toutes les sensations viscérales. Dès lors, on conçoit comment une excitation émanée du foie peut retentir sur la circulation pulmonaire. Ainsi s'expliquent ces faits dans lesquels on constate la présence de congestion pleuro-pulmonaire chez des malades atteints de lithiasé biliaire.

« C'est là, dit M. le professeur Rendu, dans son mémoire sur les *Maladies du foie*, un cas particulier de cette loi générale en vertu de laquelle tous les organes vivants et doués de sensibilité réagissent harmoniquement les uns sur les autres et concourent à entretenir l'équilibre de la santé générale. Lorsque les fonctions de chaque viscère s'accomplissent physiologiquement, ces phénomènes passent inaperçus, tant les rouages de ce merveilleux appareil qui s'appelle le corps humain sont parfaits ! Mais que l'un de ces organes vienne à souffrir, tous les autres, plus ou moins, sont atteints à leur tour et réagissent en proportion de l'excitation morbide émanée de l'organe souffrant. » L'analyse que nous venons de faire

des relations réciproques du foie et du poumon n'est que l'application, à un point très restreint de la pathologie, de ces actions morbides réflexes, aujourd'hui encore à peine soupçonnées, et dont l'importance en médecine grandira au fur et à mesure que se perfectionneront nos connaissances sur le fonctionnement normal des organes. »



DEUXIÈME PARTIE

TOUX HÉPATIQUE

Nous avons étudié dans la première partie de notre travail les effets morbides et les actions réflexes de la colique hépatique sur les poumons. Nous allons faire ici l'étude de la toux hépatique, qui est aussi un phénomène, un symptôme de ces complications pulmonaires consécutives aux affections organiques du foie et à la colique en particulier. Par suite, en effet, comme nous l'avons vu, de la contraction réflexe des capillaires de l'artère pulmonaire, il se produit une sorte d'ischémie, d'anémie pulmonaire, qui donne lieu à un phénomène curieux, à une toux fréquente et saccadée qu'on appelle *toux hépatique*.

La toux hépatique a été peu étudiée. C'est au D^r Trastour, professeur à l'École de médecine de Nantes, que revient l'honneur d'en avoir parlé le premier.

Si depuis assez longtemps on connaît les effets morbides, les actions réflexes des organes abdominaux sur le cœur, sur les poumons et sur le cerveau ; si Potain, Fabre (de Marseille), Teissier fils (de Lyon), ont déjà signalé les troubles cardiaques d'origines stomacale, hépatique, intestinale ; si le D^r Trastour lui-même a signalé en 1880, dans son travail de la *Dilatation passive de l'S iliaque* les palpitations, l'essoufflement, la dyspnée qui frappent les malades qui ne savent d'où viennent

ces accidents ; si, enfin, on a décrit une *toux gastrique* dans la chlorose, l'hystérie et les dyspepsies ; pourquoi, dit ce dernier auteur, ne pas admettre par analogie une toux hépatique ?

DESCRIPTION

Mais quelle est la forme de cette toux ? C'est une toux à caractère nerveux, spasmodique, qui frappe l'oreille d'un praticien expérimenté, ordinairement sans expectoration, sauf parfois le rejet de quelques mucosités incolores ; cette toux est plus ou moins rude, brève, non quinteuse ; elle se montre souvent, caractère important, à l'occasion des mouvements ou de l'ingestion des aliments, mais surtout par la palpation et la percussion du foie et de la rate.

S'il y a des accès de fièvre, cette toux est parfois très réitérée et pénible au moment du frisson. Mais elle n'est nullement inquiétante d'une façon générale. Elle ne le devient que lorsqu'il s'y joint de la pâleur, de la maigreur, de l'anorexie, de la faiblesse et de l'essoufflement.

Aussi, en présence de ces symptômes, quelquefois si alarmants, des erreurs de diagnostic ont-elles pu se commettre, et le médecin a-t-il pu croire à une phthisie pulmonaire ou à une granulie. S'il y a des accès de fièvre plus ou moins répétés, plus ou moins accentués, tant que le caractère de ces accès n'est pas nettement défini, la toux entretient nécessairement l'inquiétude. C'est à ce point de vue que la toux hépatique mérite surtout l'attention.

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Le diagnostic différentiel sera facile, si l'on songe aux antécédents et à la maladie actuelle du malade. Les poumons

et la plèvre seront examinés et, si l'on en constate l'intégrité, on les laissera de côté dans la recherche de la cause.

Mais si l'appareil respiratoire est intact, on constatera, en revanche, le gonflement douloureux du foie ; enfin si la matité droite thoraco-abdominale dépasse ses limites, si le malade présente de l'ictère ou s'il est atteint de lithiase biliaire, comme dans notre observation, le diagnostic en sera facile et le pronostic de cette toux plus favorable. En effet, un traitement approprié aux états individuels confirmera heureusement les espérances du médecin qui en aura su trouver la cause cachée.

MÉCANISME

Quel est donc le mécanisme de cette toux ? D'après Morel et Arloing, elle ne doit pas être expliquée par le pneumogastrique, comme le prétend Stackler (*Revue de médecine*, 1882).

C'est par la voie sympathique que les réflexes arrivent aux poumons pour déterminer le resserrement de ses vaisseaux. Cette astriction des vaisseaux pulmonaires, comme nous l'avons dit dans notre chapitre de la pathogénie de la congestion pulmonaire, amène l'ischémie du poumon, d'où dyspnée, essoufflement, enfin expiration brusque, c'est-à-dire *toux* plus ou moins fréquente et saccadée.

Fr. Franck avait déjà avancé la même théorie. Et ces données nouvelles expliquent non seulement la pathologie physiologique de la toux hépatique, mais, dit M. le Dr Trastour, « me semblent utiles pour expliquer les troubles trophiques, l'amaigrissement, l'aspect cachectique de certains sujets dont le foie est en gorgé et douloureux. Dans le grand-sympathique, les nerfs trophiques subissent sans doute eux-

mêmes des troubles réflexes ; de là vient le déchet de l'assimilation, qui s'ajoute aux autres conséquences de l'engorgement hépatique. »



TROISIÈME PARTIE

TRAITEMENT

Le traitement des complications pulmonaires consécutives à la colique hépatique comprendra deux indications :

- 1° *Attaquer la cause de ces complications ;*
- 2° *Modifier ces complications elles-mêmes.*

Dans le premier cas, qu'il s'agisse de la congestion ou de la toux hépatique, on instituera le traitement de la colique hépatique.

Nous n'en sommes plus au temps où l'on espérait, par l'injection de médicaments appropriées, dissoudre instantanément les concrétions du foie. Aussi, dans le traitement de la colique hépatique, le médecin devra-t-il se résoudre : 1° à soulager son malade ; 2° à favoriser le passage du calcul dans l'intestin.

C'est surtout aux calmants de la sensibilité qu'on devra avoir recours. L'opium et ses diverses préparations seront ordonnés avec avantage par la méthode des injections hypodermiques, surtout quand il y aura des vomissements.

On aura recours aussi à l'antipyrine, que l'on prescrira en 3 ou 4 grammes dans une potion à prendre dans le courant de la journée ; ou bien en injections sous-cutanées (3 ou 4 en une

heure, contenant 25 centigrammes chacune). A ces moyens on peut joindre les lavements de chloral et l'application de vessie de glace sur l'hypocondre. Les bains tièdes prolongés donnent aussi de bons résultats, mais ne doivent pas être employés quand la colique hépatique se complique de congestion pulmonaire.

Pour faciliter l'expulsion du calcul, Pujol a conseillé le massage de la région hépatique, mais d'après Dieulafoy ce moyen présente plus d'inconvénients que d'avantages. La médication alcaline a une double action, elle facilite l'expulsion des calculs et s'oppose à leur formation : on prescrira l'eau de Vichy, de Carsbald, de Contrexeville, de Vittel. Le *Remède de Durande*, employé par Rousseau, était composé de deux parties d'essence de térébenthine et de trois parties d'éther sulfurique; aujourd'hui, on n'emploie plus guère que les perles d'éther ou de térébenthine. Enfin, le malade surveillera son alimentation : il laissera de côté les aliments gras, les aliments et les boissons acides.

Pour modifier les *complications pulmonaires*, on emploiera les antiphlogistiques et les révulsifs.

Dans les complications pleuro-pulmonaires, on appliquera ou des ventouses scarifiées ou des vésicatoires. Les sangsues sur l'hypocondre droit pourront être utiles. On prescrira la quinine, si la température est élevée. Le quinquina sera donné comme tonique. L'appareil digestif sera surveillé. On prescrira en cas de constipation :

Podophyllin (2, 4 à 6 centigr.) associé au savon médicinal, en pilules dans la journée, ou sel de Seignette (tartrate double de potasse et de soude). Dose de 15-30 grammes.

La *toux hépatique* commande un traitement spécial des engorgements du foie. Les révulsifs cutanés sont d'une grande utilité. C'est ainsi que la prescription de vésicatoires volants (mouches de Milan, par exemple) sur l'hypocondre droit, en

diminuant la congestion du foie, fera cesser la toux hépatique.

Le sulfate de quinine sera indiqué dans les cas de fièvres accentuées et à accès répétés, de même les reconstituants : quinquina et arséniate de soude.

CONCLUSIONS

I. — La colique hépatique donne lieu à des accidents nombreux parmi lesquels les accidents secondaires congestifs du côté des organes de la circulation et de la respiration.

II. — La congestion pleuro-pulmonaire est une de ses complications fréquentes.

III. — Cette congestion peut, à elle seule, constituer tout l'accès de colique hépatique.

IV. — Elle a les allures et la marche rapide des congestions accidentelles. Elle est à répétition, comme l'accès qui la produit.

V. — Elle est causée soit par action de voisinage (contiguïté), soit par action réflexe.

VI. — L'acte réflexe qui constitue les accidents d'origine hépatique se passe tout entier dans le domaine du grand-sympatique ; il est permis, au nom de la clinique, de croire que le pneumogastrique n'est pas étranger aux transmissions éisodiques des excitations des voies biliaires au centre réflexe.

VII. — On admet cliniquement une toux hépatique.

VIII. — Cette toux est un symptôme des affections du foie. L'acte réflexe qui le produit se passe tout entier dans le grand-sympatique.

IX. — Le traitement de la congestion pulmonaire secondaire sera mixte. On traitera :

1° La lithiase biliaire : a) par des calmants pour la douleur (antipyrine, morphine, chloral et lavements); b) par une médication alcaline qui facilitera l'expulsion du calcul; c) par l'hygiène de l'alimentation.

2° La congestion pulmonaire : par des émissions sanguines (saignées ou ventouses scarifiées), par des boissons émollientes alcalines, bouillons, eau vineuse. Suivant le degré d'inflammation : quinquina, sulfate de quinine.

Le traitement de la toux hépatique sera spécial à l'engorgement du foie.

Il comporte donc : Révulsifs cutanés sur l'hypocondre droit, chaque semaine. Sulfate de quinine en cas de fièvre. Quinquina. Arséniate de soude.

Si elle est due à la colique hépatique, on instituera son traitement.

1844. - 1845. 1846. 1847. 1848. 1849. 1850. 1851. 1852. 1853. 1854. 1855. 1856. 1857. 1858. 1859. 1860. 1861. 1862. 1863. 1864. 1865. 1866. 1867. 1868. 1869. 1870. 1871. 1872. 1873. 1874. 1875. 1876. 1877. 1878. 1879. 1880. 1881. 1882. 1883. 1884. 1885. 1886. 1887. 1888. 1889. 1890. 1891. 1892. 1893. 1894. 1895. 1896. 1897. 1898. 1899. 1900. 1901. 1902. 1903. 1904. 1905. 1906. 1907. 1908. 1909. 1910. 1911. 1912. 1913. 1914. 1915. 1916. 1917. 1918. 1919. 1920. 1921. 1922. 1923. 1924. 1925. 1926. 1927. 1928. 1929. 1930. 1931. 1932. 1933. 1934. 1935. 1936. 1937. 1938. 1939. 1940. 1941. 1942. 1943. 1944. 1945. 1946. 1947. 1948. 1949. 1950. 1951. 1952. 1953. 1954. 1955. 1956. 1957. 1958. 1959. 1960. 1961. 1962. 1963. 1964. 1965. 1966. 1967. 1968. 1969. 1970. 1971. 1972. 1973. 1974. 1975. 1976. 1977. 1978. 1979. 1980. 1981. 1982. 1983. 1984. 1985. 1986. 1987. 1988. 1989. 1990. 1991. 1992. 1993. 1994. 1995. 1996. 1997. 1998. 1999. 2000. 2001. 2002. 2003. 2004. 2005. 2006. 2007. 2008. 2009. 2010. 2011. 2012. 2013. 2014. 2015. 2016. 2017. 2018. 2019. 2020. 2021. 2022. 2023. 2024. 2025. 2026. 2027. 2028. 2029. 2030. 2031. 2032. 2033. 2034. 2035. 2036. 2037. 2038. 2039. 2040. 2041. 2042. 2043. 2044. 2045. 2046. 2047. 2048. 2049. 2050. 2051. 2052. 2053. 2054. 2055. 2056. 2057. 2058. 2059. 2060. 2061. 2062. 2063. 2064. 2065. 2066. 2067. 2068. 2069. 2070. 2071. 2072. 2073. 2074. 2075. 2076. 2077. 2078. 2079. 2080. 2081. 2082. 2083. 2084. 2085. 2086. 2087. 2088. 2089. 2090. 2091. 2092. 2093. 2094. 2095. 2096. 2097. 2098. 2099. 2100. 2101. 2102. 2103. 2104. 2105. 2106. 2107. 2108. 2109. 2110. 2111. 2112. 2113. 2114. 2115. 2116. 2117. 2118. 2119. 2120. 2121. 2122. 2123. 2124. 2125. 2126. 2127. 2128. 2129. 2130. 2131. 2132. 2133. 2134. 2135. 2136. 2137. 2138. 2139. 2140. 2141. 2142. 2143. 2144. 2145. 2146. 2147. 2148. 2149. 2150. 2151. 2152. 2153. 2154. 2155. 2156. 2157. 2158. 2159. 2160. 2161. 2162. 2163. 2164. 2165. 2166. 2167. 2168. 2169. 2170. 2171. 2172. 2173. 2174. 2175. 2176. 2177. 2178. 2179. 2180. 2181. 2182. 2183. 2184. 2185. 2186. 2187. 2188. 2189. 2190. 2191. 2192. 2193. 2194. 2195. 2196. 2197. 2198. 2199. 2200. 2201. 2202. 2203. 2204. 2205. 2206. 2207. 2208. 2209. 2210. 2211. 2212. 2213. 2214. 2215. 2216. 2217. 2218. 2219. 2220. 2221. 2222. 2223. 2224. 2225. 2226. 2227. 2228. 2229. 2230. 2231. 2232. 2233. 2234. 2235. 2236. 2237. 2238. 2239. 2240. 2241. 2242. 2243. 2244. 2245. 2246. 2247. 2248. 2249. 2250. 2251. 2252. 2253. 2254. 2255. 2256. 2257. 2258. 2259. 2260. 2261. 2262. 2263. 2264. 2265. 2266. 2267. 2268. 2269. 2270. 2271. 2272. 2273. 2274. 2275. 2276. 2277. 2278. 2279. 2280. 2281. 2282. 2283. 2284. 2285. 2286. 2287. 2288. 2289. 2290. 2291. 2292. 2293. 2294. 2295. 2296. 2297. 2298. 2299. 2300. 2301. 2302. 2303. 2304. 2305. 2306. 2307. 2308. 2309. 2310. 2311. 2312. 2313. 2314. 2315. 2316. 2317. 2318. 2319. 2320. 2321. 2322. 2323. 2324. 2325. 2326. 2327. 2328. 2329. 2330. 2331. 2332. 2333. 2334. 2335. 2336. 2337. 2338. 2339. 2340. 2341. 2342. 2343. 2344. 2345. 2346. 2347. 2348. 2349. 2350. 2351. 2352. 2353. 2354. 2355. 2356. 2357. 2358. 2359. 2360. 2361. 2362. 2363. 2364. 2365. 2366. 2367. 2368. 2369. 2370. 2371. 2372. 2373. 2374. 2375. 2376. 2377. 2378. 2379. 2380. 2381. 2382. 2383. 2384. 2385. 2386. 2387. 2388. 2389. 2390. 2391. 2392. 2393. 2394. 2395. 2396. 2397. 2398. 2399. 2400. 2401. 2402. 2403. 2404. 2405. 2406. 2407. 2408. 2409. 2410. 2411. 2412. 2413. 2414. 2415. 2416. 2417. 2418. 2419. 2420. 2421. 2422. 2423. 2424. 2425. 2426. 2427. 2428. 2429. 2430. 2431. 2432. 2433. 2434. 2435. 2436. 2437. 2438. 2439. 2440. 2441. 2442. 2443. 2444. 2445. 2446. 2447. 2448. 2449. 2450. 2451. 2452. 2453. 2454. 2455. 2456. 2457. 2458. 2459. 2460. 2461. 2462. 2463. 2464. 2465. 2466. 2467. 2468. 2469. 2470. 2471. 2472. 2473. 2474. 2475. 2476. 2477. 2478. 2479. 2480. 2481. 2482. 2483. 2484. 2485. 2486. 2487. 2488. 2489. 2490. 2491. 2492. 2493. 2494. 2495. 2496. 2497. 2498. 2499. 2500. 2501. 2502. 2503. 2504. 2505. 2506. 2507. 2508. 2509. 2510. 2511. 2512. 2513. 2514. 2515. 2516. 2517. 2518. 2519. 2520. 2521. 2522. 2523. 2524. 2525. 2

FABRE (de Marseille). — Relations pathogéniques des centres nerveux, 1886.

dessejar no Missa, Noite) Campos medievales.

Waller, Daniel. — *Notes de Paris*, 1870.

~~Wm. H. ...~~

1899. — *Comptes de l'année, 1899*

Thompson. - Notes de médecine, 1888

Vu et approuvé

Montpellier, le 2. 1885.

12

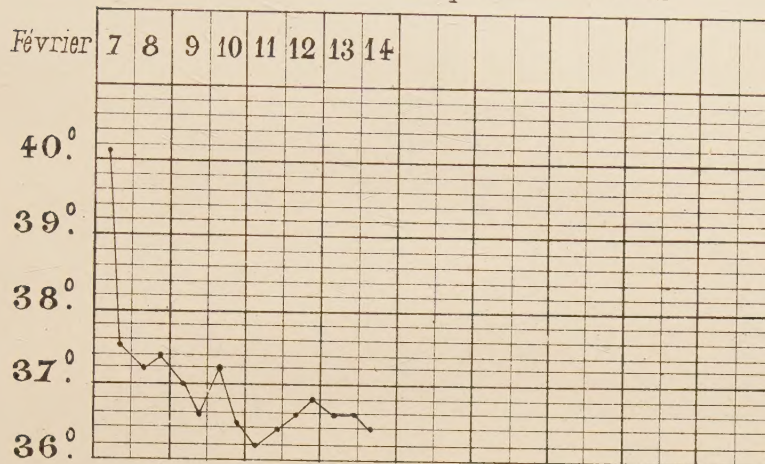
1. 0.1500

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque!

LOUISE RIC... (Salle S^{te} Marie, Lit 16)
 Courbe de la Température pendant l'accès



ANALYSE DES URINES

| Dates | Quantités | Réaction | Couleur et limpidité | Densité | Urée (par litre) |
|-----------|-------------------|----------|----------------------|---------|------------------|
| 8 février | 740 ^{cc} | Acide | | 1.009 | 8.5 |
| 9 — | 1.100 | — | Jaune | 1.010 | 6.52 |
| 10 — | 1.200 | — | rougeâtre | 1.010 | 6 |
| 11 — | 1.150 | — | ou orangé | 1.009 | 8.8 |
| 12 — | 1.100 | — | et | 1.009 | 6.56 |
| 13 — | 1.050 | — | | 1.010 | 7.4 |
| 14 — | 1.150 | — | assez limpide | 1.010 | 12.45 |

